

# CULTURA DI BASE

## Linee guida per la replicabilità della sperimentazione

A cura di  
Fondazione per l'architettura / Torino  
con  
ARTECO  
ASL Città Di Torino  
Circolo del Design  
Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri Provincia di Torino

Un progetto di



Nell'ambito di



Fondazione  
Compagnia  
di San Paolo

Partner



Sponsor tecnico



Supporter



## Il progetto e la sperimentazione in sintesi

Cultura di Base è uno dei quattro progetti pilota del Cultural Wellbeing Lab (CWLab), promosso all'interno di Well Impact dalla Fondazione Compagnia di San Paolo.

Cultura di Base è nato da un'idea di Fondazione per l'architettura / Torino, in collaborazione con ARTECO, ASL Città di Torino, Circolo del Design, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino, e si posiziona sull'asse tematico della "cultura per l'umanizzazione dei luoghi di cura".

Il progetto ha voluto affrontare una sfida inedita: sperimentare l'apertura di ambulatori di una selezione di medici di medicina generale della ASL Città di Torino in luoghi di cultura (musei, biblioteche e poli culturali), diffusi sul territorio cittadino, caratterizzati da una "architettura intensa", ovvero di riconosciuta qualità per la progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni.

Al termine di una mappatura che ha coinvolto oltre cinquanta spazi in Torino, i luoghi selezionati (sulla base di criteri che hanno tenuto conto di indicazioni fornite dall'ASL, da OMCeO, degli esiti di una ricerca e di un successivo workshop di co-creazione a cura dell'*experience designer* e da criteri di territorialità e di accessibilità) sono stati cinque: il Museo Egizio, il Museo dell'Automobile, il PAV Parco Arte Vivente, la Biblioteca civica Primo Levi e il Polo del '900.

Alcuni spazi, all'interno di questi luoghi, sono divenuti sale d'attesa per i pazienti e sale di visita da parte del medico nei loro confronti. I pazienti e i medici sono quindi stati coinvolti in un'esperienza di cura, culturale e architettonica del tutto nuova.

Obiettivo della sperimentazione era valutare se e come l'esperienza della visita medica in luoghi di cultura, possa concorrere a depotenziare lo stress dell'attesa, aumentando il benessere e il comfort psico-fisico dei pazienti e dei curanti, migliorandone infine la loro relazione (alleanza medico-paziente).

Come accennato, la "forma" dell'esperienza che medici e pazienti avrebbero attraversato durante sei mesi di sperimentazione è stata oggetto di una ricerca e di un successivo workshop di co-creazione curato da un *experience designer*, TODO (a cui hanno partecipato medici, pazienti, operatori culturali e architetti) che, attraverso attività di *brainwriting* e costruzione di scenari ha dato vita a un concept che ha in particolare evidenziato la necessità di:

- co-creare i contenuti della visita con i luoghi di cultura
- coinvolgere volontari
- progettare supporti informativi, di comunicazione e di segnaletica efficaci.

Il progetto ha previsto una serie di attività che hanno impegnato il gruppo di lavoro per oltre 18 mesi:

- individuazione dell'*experience designer*
- individuazione caratteristiche luoghi di cultura in relazione alle esigenze mediche e alla definizione di architettura intensa
- mappatura e selezione dei luoghi
- ricerca e workshop di co-design
- bando e selezione di un consulente architetto con incarico dell'allestimento degli ambulatori e delle sale d'attesa nei luoghi di cultura
- call pubblica (procedura speciale di acquisizione di manifestazione di interesse) per la selezione dei medici sperimentatori
- progetto e adeguamento architettonico/allestitivo dei luoghi
- messa a punto delle 3 modalità di valutazione del progetto
- realizzazione di un'attenta segnaletica
- produzione e distribuzione di materiali informativi e di comunicazione (per coinvolgere i partecipanti alla sperimentazione sui contenuti del progetto Cultura di Base, per condividere le motivazioni della selezione dei luoghi e la loro descrizione come spazi ad architettura intensa, per informare sui percorsi culturali che ciascun luogo offriva) in più lingue, a seconda del pubblico del luogo di cultura
- coinvolgimento di volontari come facilitatori dell'esperienza
- costruzione di un percorso formativo/informativo in più moduli
  - per medici e operatori dello studio medico,
  - per operatori culturali e personale dei luoghi di cultura,
  - per i volontari
- monitoraggio della sperimentazione

La sperimentazione è durata 6 mesi, dal 2 maggio al 28 ottobre 2022. Hanno partecipato 7 medici e circa 1900 pazienti negli ambulatori ad architettura intensa.

## Il disegno della valutazione

Cultura di Base si è avvalsa della collaborazione di ASVAPP per il disegno della valutazione quantitativa degli effetti del progetto. La scelta è ricaduta su un'analisi di tipo controfattuale attraverso la somministrazione di questionari a gruppi di pazienti "trattati" (negli ambulatori ad architettura intensa) e di controllo (negli ambulatori tradizionali). Il questionario, in particolare, ha utilizzato la scala validata SPGWBI per la misurazione del benessere percepito e la scala validata WAI Workforce Alliance Inventory per il grado percepito di alleanza tra medico e paziente.

Alla valutazione quantitativa degli effetti del progetto, il gruppo di lavoro ha ritenuto di affiancare anche due tipi di valutazione qualitativa:

- la realizzazione di un racconto etnografico basato su interviste in profondità a partner di progetto e partecipanti alla sperimentazione (a cura dell'antropologa

Consuelo Nocentini, attraverso una collaborazione con il Centro GREEN dell'Università della Valle d'Aosta) come raccolta di testimonianze che aggiungono sapere, competenze ed esperienze al racconto di Cultura di Base, per orientare una sua ricalibratura e replicabilità non solo nel contesto torinese;

- il metodo dell'osservazione a cura de Il Nodo Group, che ha impiegato due formati distinti, integrabili tra loro, oltre che con gli altri metodi utilizzati (questionari, interviste, indagini antropologiche):
  - l'osservazione istituzionale, cosiddetta "partecipe e non-interferente", che si rivolge in particolare alle modalità emotive e comportamentali con cui i pazienti reagiscono alle esperienze artistico-culturali e se e in che modo le condividano con altri pazienti e con i curanti;
  - l'osservazione prossemica, dove al centro del processo osservativo sta la relazione tra la natura dello spazio, la sua struttura, il suo impiego e il comportamento delle persone, viste in questo caso nel loro percorso di accesso e di utilizzo degli spazi di cura.

## I report della valutazione

La rilevazione quantitativa attraverso questionari si è estesa per circa due terzi dei sei mesi di sperimentazione e i campioni utili all'analisi comprendono 478 trattati e 261 controlli. Si può affermare che i pazienti hanno sperimentato sensazioni mediamente positive, con bassi livelli di ansia e stress e buona capacità di distrarsi. L'aver atteso la visita in un ambiente ad alto impatto architettonico e culturale ha comunque prodotto un beneficio: in particolare sulla sensazione del tempo che non passa. Aumenta anche il benessere percepito, mentre non sono visibili cambiamenti sull'ansia percepita e sull'alleanza con il medico. L'ultimo risultato, in parziale contrasto con i precedenti, può essere spiegato dal fatto che si sta valutando l'effetto immediato di una unica visita. I primi *outcome* sono maggiormente esposti alla suggestione del momento, mentre il grado di alleanza, che dipende maggiormente da una situazione radicata legata alla stima, alla fiducia, alle opinioni preesistenti sul proprio medico, è forse meno modificabile dal cambiamento di ambiente.

Per quanto riguarda l'osservazione prossemica, le note degli osservatori offrono un quadro interessante di temi, opzioni e problemi da tenere in considerazione per la replicabilità della sperimentazione.

- a) Per quanto attiene le sale mediche e gli spazi di attesa: riconoscibilità degli spazi destinati ad attività medico-ambulatoriali / comfort climatico e dotazione di arredi negli ambienti chiusi e nelle aree destinate alle visite e all'attesa / rispetto della privacy e dei momenti di preparazione del paziente alla visita / sovrapposizione con funzioni di transito e passaggio di addetti della sede e/o di altri tipi di visitatori;

b) Per quanto attiene le zone di ingresso / accoglienza e i percorsi e collegamenti orizzontali e verticali: chiarezza e facilità di orientamento dei percorsi di accesso alle sale mediche / interazione e integrazione degli spazi medici con le attività caratterizzanti la sede

c) Per quanto attiene i supporti ai pazienti: efficacia della segnaletica e ricorso ai volontari.

d) Per quanto attiene il coinvolgimento dei pazienti e la presenza di elementi/situazioni che stimolino la curiosità verso le attività presenti nella sede e diverse da quelle medico- ambulatoriali: collocazione dello studio medico al piano dell'allestimento museale o della biblioteca / presenza all'ingresso dell'edificio di riferimenti evidenti alle iniziative culturali della sede / facili collegamenti e/o visuali ben definite nelle zone di attesa medica verso tali attività / disponibilità di indicazioni e informazioni precise circa le attività della sede, mediante grafica, cartellonistica, multimediali e ausili diretti da parte dei volontari.

Il focus delle osservazioni di tipo istituzionale è stato centrato:

- sullo studio dell'accoglienza e dell'attesa
- sull'esplorazione dell'alleanza di lavoro medico-paziente
- sull'indagine del benessere percepito dall'utenza (e anche dai curanti)

I report puntuali delle osservatrici hanno individuato una serie di punti significativi:

1. Il luogo e la sua accessibilità
2. La sala di attesa (luogo dell'attesa per il paziente e gli eventuali accompagnatori) e la soglia di accesso allo studio del medico.
3. Il ruolo dei volontari
4. La relazione sistema curante/paziente
5. L'esperienza delle osservatrici

Tali punti significativi sono illustrati (così come per le altre valutazioni del progetto) in una relazione specifica, utilizzata dal gruppo di progetto per stilare le linee guida per la replicabilità di Cultura di Base.

Il resoconto etnografico rappresenta un contributo per guardare a Cultura di Base in modo riflessivo e decentrato, per leggere la complessità e le criticità esercitando quella "capacità negativa" che consente di rielaborare l'esistente in termini di risorsa e trasformarlo in miglioramento fondato su reali condizioni di fattibilità.

## Conclusioni

Il progetto Cultura di Base aveva come obiettivo primario dimostrare che l'esperienza della visita medica in luoghi di cultura ad architettura intensa concorre a depotenziare lo stress dell'attesa, aumentando il benessere e il comfort psico-fisico di pazienti e curanti e migliorando la loro relazione (alleanza medico-paziente).

La valutazione quantitativa, in particolare, attuata con il questionario, aveva l'obiettivo di misurare il cambiamento vissuto dal paziente relativo alle emozioni percepite durante l'attesa della visita, al benessere percepito dopo la visita, fino alla percezione del grado di "alleanza" con il medico. Questo terzo indicatore di efficacia del modello sperimentato è stato verosimilmente troppo ambizioso almeno per due motivi:

1. Il rapporto tra medico di medicina generale e paziente è una relazione che si definisce e si consolida nel tempo (anni); pur essendo credibile che un luogo di impatto culturale possa migliorare la relazione e quindi l'alleanza con il medico, questo effetto difficilmente si può osservare dopo sei mesi, una frazione di tempo breve, durante il quale avviene un numero modesto di consultazioni.
2. La partecipazione alla sperimentazione da parte dei medici è stata di tipo vocazionale. In altre parole i medici si sono offerti ed è presumibile che ciò non sia avvenuto in maniera casuale, ma si siano selezionati medici particolarmente interessati alla relazione con i propri pazienti e con l'intento di offrire loro un *plus* di attenzione. Questi stessi medici hanno instaurato nel tempo una buona relazione con i loro pazienti per cui il cambio di ambiente, se pure verso un luogo prestigioso, non ha portato ad un miglioramento dell'alleanza terapeutica, già di alto livello.

Tuttavia, l'intuizione del progetto è certamente da ritenere valida e la sua sperimentazione, che ha dovuto scontare alcune criticità dovute al periodo storico (incertezza legata alla situazione sanitaria complessa dovuta al Covid - che ha richiesto ricorrenti variazioni di tempi e strategie, la posticipazione della sperimentazione e ha influenzato la partecipazione di medici e luoghi di cultura), al carattere intrinseco di sperimentazione temporanea e ridotta del tempo (con la conseguente non opportunità di modificare/adequare permanentemente spazi e percorsi alle esigenze del progetto) e al budget ridotto (che non ha consentito di rendere gli spazi di visita e attesa al loro meglio), rappresentano certamente un passo molto significativo in termini di cambiamento culturale nella relazione tra medici di medicina generale (servizio sanitario pubblico) ed esperienze di *welfare* culturale.

Il progetto ha riscosso il gradimento dei pazienti e dei medici, l'interesse e l'apprezzamento dal settore culturale e dell'architettura e del settore medico, anche a livello mediatico nazionale e internazionale.

Da non sottovalutare la ricaduta positiva della sperimentazione per quanto riguarda i luoghi di cultura. Ricaduta che si pone come chiave per affrontare una riflessione odierna sul ruolo dei luoghi di cultura nell'ambito della società stessa, andando a rafforzare la relazione tra cultura e benessere.

Cultura di Base ha anche riscosso l'interesse da parte dell'Assessorato alla Cultura della Città di Torino (che intende proseguire la sperimentazione nelle biblioteche civiche), dei medici e dei luoghi coinvolti nella prima sperimentazione, che si sono detti disponibili a proseguire con l'esperienza.

Al termine della prima sperimentazione, sulla scorta delle valutazioni sintetiche e analitiche ottenute, i partner del progetto Cultura di Base auspicano una ulteriore fase di sperimentazione e valutazione, con l'obiettivo di migliorare e affinare la prima esperienza e rafforzare e modellizzare Cultura di Base in vista di una sua replicabilità e stabilizzazione a livello territorialmente ampio.

# Linee guida per una nuova sperimentazione di Cultura di Base

## Quadro delle partnership

Cultura di Base è stato il frutto di competenze e soggetti afferenti a discipline diverse. Non tutti i territori hanno a disposizione soggetti assimilabili per mission e competenze a quelli coinvolti in Cultura di base, in particolare nel campo culturale.

Nell'ottica di replicare la sperimentazione sarà necessario ricercare competenze (oltre a quelle immaginabili di organizzazione e management di progetti) legate all'architettura, al design, alla curatela e all'educazione in campo artistico.

La presenza istituzionale dell'Ordine dei Medici di competenza territoriale è garanzia di un approccio deontologico e rispettoso del ruolo dei medici e dei pazienti, mentre il coinvolgimento dell'ASL (o ente analogo a livello territoriale) è essenziale per la regolarità delle procedure di ingaggio dei medici.

## Selezione dei luoghi di cultura

I luoghi che possono essere presi in considerazione possono essere di tipologia molto differente: musei, teatri, biblioteche, università, gallerie d'arte, archivi, nuovi centri culturali e spazi ibridi.

## Caratteristiche necessarie dei luoghi culturali ad "architettura intensa"

- La definizione di "architettura intensa" è una definizione di tipo operativo, funzionale al progetto e riguarda sia la qualità architettonica, sia il potenziale emozionale (talvolta veicolato anche dalla storia dell'edificio)
- Assenza di barriere architettoniche
- Sala d'attesa immersa nell'attività del luogo culturale (carattere immersivo dell'esperienza), ma in grado di garantire un certo grado di separazione
- Abituale apertura al pubblico / Apertura al pubblico in orario continuato (i medici spesso visitano anche nelle pause pranzo per favorire i pazienti che lavorano) ideale 8.00-20.00
- Offerta culturale presente all'interno della sede
- Usuale frequentazione da parte di pubblici diversi
- Prossimità con fermate mezzi pubblici / accessibilità in auto, parcheggi
- Presenza di una reception/custode
- Possibilità di esporre all'esterno dell'edificio una targa che segnali la presenza di un ambulatorio medico convenzionato con il SSN
- Accessibilità ai mezzi di soccorso
- Segnaletica e cartellonistica per guidare l'accesso allo studio medico
- Disponibilità dei direttori e operatori a contribuire alla comunicazione del progetto



## Caratteristiche degli ambulatori di medicina generale (ASL Città di Torino)

- Una o più stanze da adibire ad uso esclusivo dell'ambulatorio (dimensioni minime m 5x4) per tutta la durata della sperimentazione
- Lavamani all'interno dell'ambulatorio (eventualmente anche portatile)
- Presenza di servizi igienici per disabili accessibili senza barriere architettoniche vicino all'ambulatorio medico e al piano.
- Possibilità di ricambio diretto dell'aria (presenza di finestra per illuminazione e areazione)
- Garanzia di privacy visiva e uditiva dall'ambulatorio verso la sala d'attesa e viceversa
- Presenza di sedute (o possibilità di inserirne) in una zona adiacente l'ambulatorio, per permettere la sosta diverse per dimensione e comfort
- Collegamento internet e rete telefonica
- Spazio per infermiere/a e/o segreteria

## Adattamento dello spazio ambulatorio e dello spazio attesa

- Valutazione della necessità di coinvolgere un progettista architetto
- Arredamento e complementi d'arredo necessari (valutare l'opzione noleggio): Scrivania, seduta medico, 2 sedute pazienti, appendiabiti, lampada da tavolo, lettino, lavamani, stampante, carrello per ambulatorio, cassettera. Il medico utilizzerà il proprio pc portatile-
- Produzione di segnaletica e grafica informativa

## Selezione dei medici partecipanti alla sperimentazione

I medici partecipanti alla selezione devono essere poter contare sul loro ambulatorio "tradizionale" (già avviato o anche appena aperto, ma esistente e attivo).

Costruzione di una *call* pubblica a cura dell'ASL su criteri di selezione:

- territorialità (il medico deve già operare in un ambulatorio vicino al luogo di cultura della sperimentazione per cui esprime preferenza)
- disponibilità turni ambulatorio mattina e pomeriggio in giorni diversi
- impegno a partecipare al progetto per tutta la durata della sperimentazione
- impegno a coinvolgere medici sostituti nei periodi di ferie o di indisponibilità
- coinvolgimento attivo dell'eventuale personale di studio (segreteria, infermieri)

## Comunicazione

### Comunicazione della sperimentazione

- Necessità di co-progettare il tipo di esperienza con i luoghi della cultura (quali contenuti selezionare per comunicarsi verso l'esterno) e i medici che partecipano alla sperimentazione
- Necessità di predisporre azioni e supporti di comunicazione
  - Verso i pazienti/*caregiver*
  - Verso i medici
  - Verso il pubblico dei luoghi di cultura

### Comunicazione dei luoghi di cultura

- Comunicare la qualità e la storia dell'architettura e i contenuti dei luoghi di cultura
  - Verso i pazienti
  - Verso i medici
- I luoghi di cultura dovrebbero pensare al loro coinvolgimento nel progetto non solo in termini di *audience engagement*, ma anche come una vera componente del processo di cura, attraverso azioni di *audience development*.

## Formazione e monitoraggio

Costruire momenti di formazione dedicati ai vari partecipanti alla sperimentazione per informare/formare sui temi del *welfare* culturale e coinvolgerli nella sperimentazione a livello personale

- Per i medici e il personale di studio
- Per i volontari (il loro ruolo)
- Per il personale dei luoghi di cultura (il loro ruolo)

Prevedere incontri bimestrali sull'andamento della sperimentazione con i diversi partecipanti coinvolti, andando a monitorarne criticità e relativi sviluppi.

## Valutazione

Nella replica della sperimentazione resta valido il ricorso alla valutazione di tipo quantitativo tramite questionario.

Il questionario utilizzato, alla prova della sostenibilità relazionale, si è dimostrato troppo lungo e il supporto cartaceo può essere certamente superato in molti casi dalla disponibilità di un *device* elettronico tipo *tablet*.

In ogni caso la valutazione deve essere ripresa sulla falsariga di quella già sperimentata, tentando una riduzione/semplificazione e procedendo a un adattamento sulla base di come si conduce realmente l'iniziativa.

Il questionario è stato somministrato anche in alcune lingue diverse dall'italiano (sono state utilizzate traduzioni validate), per rispettare il carattere di inclusione dell'iniziativa. Il questionario deve essere somministrato anche negli ambulatori tradizionali, che rappresentano il campione di controllo e bisogna porre molta cura alla raccolta anche in questi luoghi.

## Ruolo dei volontari

Il coinvolgimento di associazioni di volontari con il ruolo di accompagnamento all'esperienza (accoglienza, informazione, somministrazione questionari, veicolo di contenuti culturali) è risultato strategico per la prima sperimentazione di Cultura di Base e si consiglia vivamente di coinvolgerli anche nelle sperimentazioni successive, garantendo loro una adeguata formazione specifica e possibilmente il rimborso quantomeno delle spese di trasporto (nella prima sperimentazione non è stato possibile per ridotto budget).

## Budget

Non è possibile dare indicazioni precise riguardo al budget, tuttavia è necessario sottolineare che l'adeguamento e l'allestimento delle sale d'attesa e degli ambulatori medici possono risultare anche piuttosto onerosi, soprattutto perché è necessario garantire un livello adeguato di cura del progetto e di qualità degli arredi.

## Durata della sperimentazione

La durata della prima sperimentazione (6 mesi) si è rivelata troppo breve per la valutazione dell'alleanza di lavoro medico-paziente e sarebbe auspicabile portarla almeno a 12 mesi.